

Duazary / Vol. 15, No. 2 - 2018 / 143 - 155
DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2108>

VARIABLES TRANSDIAGNÓSTICAS PREDICTORAS DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y AFECTIVOS EN UNA MUESTRA COLOMBIANA

TRANSDIAGNOSTIC PREDICTOR VARIABLES OF EMOTIONAL AND AFFECTIVE PROBLEMS IN A COLOMBIAN SAMPLE

TÍTULO CORTO: VARIABLES TRANSDIAGNÓSTICAS PREDICTORAS DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES

Ronald Alberto Toro-Tobar¹, Kerly Vanessa Beltrán-Aguirre², Laura Jimena González-Gómez³,
Ángela Paola Sabogal-Mancipe⁴, Karolina Reyes-Parra⁵, Luz Mery Guerrero-Ortiz⁶.

Tipología: Artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Toro RA, Beltrán K, González L, Sabogal A, Reyes K, Guerrero L. Variables transdiagnósticas como predictoras de los problemas emocionales y afectivos en una muestra colombiana. *Duazary*. 2018 mayo; 15 (2): 143 - 155. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2108>

Recibido en marzo 14 de 2017

Aceptado en mayo 22 de 2017

Publicado en línea en noviembre 01 de 2017

RESUMEN

El modelo transdiagnóstico se basa en la evaluación y tratamiento de las variables etiológicas y mantenedoras de los trastornos mentales. El objetivo fue establecer la relación entre las variables transdiagnósticas perfeccionismo, rumiación, afecto positivo y negativo, sensibilidad ansiosa e intolerancia a la incertidumbre, con estrés, ansiedad y depresión. Participaron 333 adultos convocados mediante muestreo no probabilístico incidental, cuyas edades oscilaron entre los 18 y los 70 años ($M = 28$, $DE = 8,70$), un 37,46% hombres y un 62,54% mujeres, solteros (66,27%), universitarios (65,57%) principalmente. Se llevó a cabo un estudio no experimental predictivo transversal. En los resultados se encontraron correlaciones significativas entre ansiedad y depresión, además de intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo, y depresión con afecto positivo-negativo y perfeccionismo. En estrés se obtuvieron correlaciones significativas con rumiación y estilo emocional. El modelo predictivo resaltó las variables intolerancia a la incertidumbre, sensibilidad ansiosa y afecto positivo y negativo para predecir ansiedad ($r^2 = 0,43$), depresión ($r^2 = 0,37$) y estrés ($r^2 = 0,17$). Se concluyó que los resultados aportan evidencias a favor del modelo transdiagnóstico para la ansiedad y depresión y en menor medida para estrés.

Palabras clave: depresión; ansiedad; emociones; afecto; etiología.

1. Magíster en Psicología. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo: tororonald@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0001-6061-3499>

2. Psicóloga. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo: kvbeltran50@ucatolica.edu.co - <http://orcid.org/0000-0001-8482-7061>

3. Psicóloga. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo: ljgonzalez81@ucatolica.edu.co - <http://orcid.org/0000-0003-0182-8873>

4. Psicóloga. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo: apsabogal56@ucatolica.edu.co - <http://orcid.org/0000-0002-5483-863X>

5. Psicóloga. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo: kreyes31@ucatolica.edu.co - <http://orcid.org/0000-0003-4977-9513>

6. Psicóloga. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo: lmguerrero93@ucatolica.edu.co - <http://orcid.org/0000-0002-2036-4552>

ABSTRACT

The transdiagnostic model is based on the evaluation and treatment of the etiological and maintaining variables of mental disorders. The objective was to establish the relationship between the transdiagnostic variables: perfectionism, rumination, positive and negative affect, anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty, and, on the other hand, stress, anxiety and depression. 333 adult participants convened by a non-probabilistic incidental sampling, whose ages ranged from 18 to 70 years old ($M = 28$, $SD = 8.70$), 37.40% were men and 62.54% women, single (66.27%), mainly university students (65.57%). The study was a cross-sectional predictive non-experimental study. The results showed significant correlations between anxiety and depression, as well as between intolerance of uncertainty and perfectionism, and depression with positive and negative affect and perfectionism. Regarding stress, significant correlations were found between rumination and emotional style. The predictive model emphasized intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity and positive and negative affect to predict anxiety ($r^2 = .43$), depression ($r^2 = .37$) and stress ($r^2 = .17$). It was concluded that the results provide evidence for the transdiagnostic model for anxiety and depression and, to a lesser extent, for stress.

Keywords: Depression, anxiety, emotions, affect, etiology.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el estudio de los trastornos del estado de ánimo (unipolares), la ansiedad y el estrés han suscitado el interés desde los diferentes campos de investigación de la psicología clínica, debido a la alta prevalencia de dichas problemáticas en la población. Uno de los avances recientes en la evaluación y tratamientos ha sido el modelo transdiagnóstico (MT) el cual supone, además de la descripción y explicación de la conducta anómala, la integración y amplia aplicación a distintos trastornos y sus manifestaciones patológicas mediante una integración entre las posturas categoriales y dimensionales; y a partir de esto pretende explicar la comorbilidad entre los desórdenes mentales¹.

Estudios meta-analíticos reportan diagnósticos de comorbilidad entre trastornos depresivos, ansiedad, intentos suicidas e incluso psicosis². Las estadísticas resaltan concurrencias en el 65% de los pacientes con distimia, 59% en trastorno depresivo mayor, 77% en anorexia nerviosa, 96% en obsesivo-compulsivo, y 80% en abuso de sustancias; todos al menos presentaban otro

trastorno del Eje I, ante esto, es plausible asumir una perspectiva transdiagnóstica que permita entender los trastornos desde un enfoque dimensional a partir de la convergencia entre los mismos y no con categorías y tratamientos por separado^{1,3,4}.

En cuanto a la relación comórbida entre la depresión, ansiedad y las problemáticas relacionadas con el estrés crónico o disfuncional, se pueden identificar en los aspectos de orden cognitivo y emocionales de las respuestas además de los estilos de afrontamiento adoptados. Las variables que han evidenciado avances en las propuestas de tratamiento efectivas y se han reconocido como variables transdiagnósticas (VTs) claves, han sido el afecto positivo y negativo, perfeccionismo, rumiación, sensibilidad ansiosa, e intolerancia hacia la incertidumbre⁵.

La variable quizás más estudiada del MT para estas tres problemáticas emocionales y afectivas ha sido el Afecto Positivo y Negativo (APN), definido como una respuesta afectiva bifactorial dimensional; el Afecto Positivo (AP) indica entusiasmo, estado de alerta y actividad, es decir,

experiencias gratificantes; mientras que el Afecto Negativo (AN) se caracteriza por desinterés, malestar, aburrimiento, es decir experiencias desagradables. Se constituye como un factor de distrés subjetivo y engloba un amplio rango de estados de ánimo negativos, incluyendo miedo, ansiedad, hostilidad y disgusto⁶.

Diferentes estudios han puesto en evidencia la correlación positiva que existe entre el AN y los síntomas de ansiedad, depresión, incluso otros trastornos^{7,8}. Por ejemplo, al reducir el AN se restaura el sentido de seguridad y control en la persona y permite hacer juicios apropiados sobre sí mismo y el mundo, llegando así a modificar afectos y creencias distorsionadas⁹. En el trastorno depresivo mayor el AP se evidencia bajo y el AN representa la emocionalidad displacentera y malestar como miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso; además desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Se relaciona con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, labilidad vegetativa, estresores y ambientes desfavorables¹⁰.

El perfeccionismo (P) como VT se ha considerado un constructo multidimensional¹¹, compuesto por altos estándares personales y preocupación autocrítica por los errores. Fue definido bidimensionalmente: P auto-orientado y P socialmente prescrito. El primero propone alta autoexigencia, creencias perfeccionistas, y expectativas que sobrepasan las capacidades personales; el segundo, creencias sobre la ejecución perfecta como la más valorada por las demás personas quienes son excesivamente críticas¹². Se ha considerado una variable causal y mantenedora de trastornos depresivos y ansiosos, por ejemplo al estar combinado el P con estrés explica el 30% de la varianza del diagnóstico depresivo¹³, asociado a una baja resiliencia, en especial el P socialmente prescrito¹⁴. El P auto-

orientado predice incrementos en ansiedad, mientras que el P socialmente prescrito predice ansiedad, depresión e ira¹¹.

También, la Rumiación Cognitiva (RC), se define como el modo de respuesta cognitiva ante el malestar; es repetitiva y pasivamente focalizada en los síntomas de desasosiego, además de las posibles causas y consecuencias de las manifestaciones sintomatológicas. Se ha asociado a la escasa solución activa de problemas, aunque se enfoque permanentemente en los mismos y lo que generan a nivel emocional¹⁵.

A su vez, la Intolerancia a la Incertidumbre (II) se ha definido como un sesgo cognitivo en el cual se perciben como negativas las situaciones en las cuales no se tiene seguridad; se ha reconocido como variable de vulnerabilidad por la excesiva e incontrolable preocupación. Las personas con mayor II, suelen percibir los eventos futuros como altamente amenazantes, inaceptables y necesitan reducir su posibilidad de ocurrencia mediante conductas como excesivos chequeos, búsqueda de garantías e hipervigilancia. La II se ha asociado a ansiedad generalizada, fobia social, depresión y trastorno obsesivo compulsivo; estos reportes sugieren un elevado grado de comorbilidad con esta variable en común^{16,17}.

Finalmente, la Sensitividad Ansiosa (SA) se define como el miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad¹⁸ en tres dimensiones: somática, social, y cognitiva; asociada al estado y rasgo del miedo, angustia y evitación conductual, lo cual genera un alto grado de malestar en quien lo padece¹⁹. La SA es elevada en trastornos obsesivos compulsivos, conductas suicidas²⁰, trastornos de pánico, trastornos del estado del ánimo e insomnio²¹.

Una vez expuestas las VTs más representativas, se hace evidente la necesidad de desarrollar

mayor investigación en cuanto a los mecanismos explicativos transdiagnósticos, para identificar los procesos cognitivo conductuales subyacentes en los trastornos emocionales y afectivos²²; a partir de la capacidad predictiva de las variables perfeccionismo, rumiación cognitiva, afecto positivo-negativo, sensibilidad ansiosa e intolerancia a la incertidumbre, en las problemáticas emocionales y afectivas. Estos hallazgos preliminares permitirían posteriormente aumentar la comprensión de los diferentes factores etiológicos y mantenedores comunes, y por lo tanto repercutirá positivamente en el desarrollo de guías de evaluación e intervención transdiagnóstica de los diferentes trastornos comórbidos¹; de igual manera prevenir recaídas o la aparición de otros trastornos en el futuro²³. Es por ello que este estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre estas variables transdiagnósticas y las problemáticas de ansiedad, estrés y depresión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y diseño

El estudio se enmarcó en un enfoque empírico-analítico, no experimental con un diseño predictivo transversal (DPT), el cual se usa cuando se busca explorar una relación funcional de una variable criterio a partir de uno o varios predictores. En el diseño DPT no se tiene un estricto control de variables extrañas y el procedimiento estadístico más usado es la regresión lineal o no lineal²⁴.

Población y muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico, intencional tipo bola de nieve. Los participantes cumplieron criterios de inclusión como ser mayores de edad y aceptar la participación voluntaria en la investigación; y exclusión como presentar patología psiquiátrica aguda como manía o

psicosis, o estar bajo efectos de sustancias psicoactivas. Fueron contactados en la ciudad de Bogotá (Colombia). El total de la muestra fueron 333 adultos, entre 18 y 70 años ($M = 28$, $DE = 8,70$), un 37,46% fueron hombres y un 62,54% mujeres; con estados civiles solteros (66,27%), casados (16,57%), unión libre (13,55%) y separados (3,61%); con una escolaridad principalmente universitarios (65,57%) de niveles socioeconómicos bajo y medio (44,88% y 42,17%).

Instrumentos

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP)²⁵. Es un instrumento de 35 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (Totalmente en desacuerdo = uno, Totalmente de acuerdo = cinco), diseñado para evaluar el perfeccionismo como un constructo multidimensional: miedo a los errores, influencias paternas, expectativas de logro y organización, que explican una varianza total del 56%. La consistencia interna de la escala total es elevada ($\alpha = 0,87$).

Cuestionario de Estilo Emocional (CEE)²⁶. Es una escala de 39 ítems con formato verdadero-falso que identifica el estilo de respuesta emocional a partir de 21 ítems, para la medición de la dimensión de Inhibición Emocional y 18 ítems para la Rumiación. Este test ha demostrado favorable validez predictiva de síntomas ansiosos y problemas de salud física y psicológica.

Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS en inglés)²⁷. Fue diseñado para evaluar de manera bifactorial el afecto positivo y negativo como estado y rasgo, mediante 40 ítems con formato tipo Likert con un rango de uno (muy poco) a cinco (extremadamente). Las propiedades psicométricas del PANAS indicaron favorable consistencia interna en afecto positivo ($\alpha = 0,85$

y 0,90) y negativo ($\alpha = 0,81$ y $0,85$), además de correlaciones positivas con las medidas de ansiedad ($r = 0,32$) y depresión ($r = 0,55$).

Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (EII)²⁸. Este instrumento mide las dimensiones de incertidumbre emocional, concebida en términos de preocupación o ansiedad frente a lo incierto; se compone de un conjunto de 27 ítems con cinco alternativas de respuesta (uno = Nada característico de mí, y cinco = Extremadamente característico de mí), con un coeficiente de consistencia interna de 0,91 y fiabilidad test-retest de 0,78.

Anxiety Sensitivity Index (ASI-3)²⁹. Este cuestionario evalúa la experiencia subjetiva y física de las manifestaciones de miedo-ansiedad, consta de 18 ítems que incluye tres subescalas: física, cognitiva y social, cada una está constituida por seis ítems con escala tipo Likert (Nada o casi nada (0) y Muchísimo (4)). Presenta una consistencia interna favorable para cada factor ($\alpha = 0,89, 0,90$ y $0,85$ respectivamente).

Cuestionario de Percepción Global de Estrés (EPGE)³⁰. Este autoinforme evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de cinco puntos (cero = nunca, uno = casi nunca, dos = de vez en cuando, tres = a menudo, y cuatro = muy a menudo). La puntuación directa indica que a una mayor puntuación mayor es el nivel de estrés percibido. Presenta una favorable validez concurrente con el STAI ($r = 0,459, p = 0.001$), y adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,79$).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)³¹. Este instrumento de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta evalúa la intensidad del síntoma ansioso experimentado la última semana (cero: en absoluto, uno: levemente, dos: moderadamente, y tres: severamente). Presenta una alta consistencia interna en muestras con estudiantes

y adultos ($\alpha = 0,84$ y $\alpha = 0,83$) y confiabilidad test-retest ($r = 0,75$).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)³². Se compone de 21 ítems graduados indicativos de los síntomas depresivos de tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, entre otros. La puntuación total va entre cero y 63, con un punto de corte de 19 puntos. El BDI-II presenta una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,94$ y $\alpha = 0,88$ en pacientes diagnosticados previamente con depresión mayor).

Procedimiento

Se realizó la recolección de datos por medio de la aplicación de los instrumentos expuestos. Los datos fueron analizados con el software SPSS-22. Se hizo un análisis descriptivo con las medidas de tendencia central y dispersión, más un análisis inferencial mediante correlaciones de Pearson y regresiones lineales por pasos sucesivos verificando los indicadores R^2 , coeficientes Beta (β) y el cambio en el R^2 (Δ^2), para estimar el mejor modelo explicativo de las problemáticas emocionales (criterios) según las VTs (predictores).

Declaración sobre aspectos éticos

Se consideró como estudio de riesgo mínimo teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia según las normas éticas de la investigación con seres humanos. Además, siguiendo las exigencias estipuladas en la Declaración de Helsinki, se garantizaron los derechos y el bienestar de cada participante. También se expuso de forma explícita en un documento de consentimiento informado que los datos obtenidos iban a ser utilizados en una investigación, asegurando la confidencialidad, el manejo profesional de los datos y los resultados derivados del estudio³³.

RESULTADOS

Descriptivos

En las escalas usadas para la medición de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, se resalta que se obtuvo en estrés según el EPGE una puntuación media de 44,94 (DE=8,72),

la cual sobrepasó el punto de corte de 30 puntos en esta muestra, en tanto que las puntuaciones para ansiedad y depresión se evidenciaron por debajo de los puntos de corte de 16 y 19 puntos respectivamente. El resumen de las puntuaciones medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables sintomáticas y transdiagnósticas.

Variable (Instrumento)	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Estrés (EPGE)	44,94	8,72	17	66
Ansiedad (BAI)	13,59	12,24	0	55
Depresión (BAI-II)	9,30	8,37	0	42
Perfeccionismo (EMP)	104,84	18,57	51	163
Rumiación Cognitiva(CEE)	28,35	3,01	20	36
Afecto Positivo y Negativo Estado (PANAS)	55,94	8,71	30	81
Afecto Positivo y Negativo Rasgo (PANAS)	56,19	8,31	32	84
Sensitividad Ansiosa (ASI-3)	19,22	12,22	1	66
Intolerancia a la Incertidumbre (EII)	57,42	20,31	27	117

Fuente: Elaboración propia.

Correlacional y Predictivo

Las correlaciones altamente significativas se muestran a continuación con un nivel de significancia $p < 0,01$. En la tabla 2 se identifican las correlaciones con mayor relevancia para el presente estudio según el estadístico r de Pearson. La correlación entre las variables estrés con rumiación se obtuvo un $r = 0,34$ ($p < 0,01$) y estilo emocional con $r = 0,36$ ($p < 0,01$), consideradas las más representativas para las hipótesis del estudio. A su vez, se resalta en ansiedad una correlación negativa significativa con la inhibición emocional ($r = -.55$, $p < 0,01$), y positivas con II ($r = 0,50$, $p < 0,01$), P ($r = 0,35$, $p < 0,01$), influencias paternas ($r = 0,30$, $p < 0,01$), miedo a cometer errores ($r = 0,36$, $p < 0,01$), PANAS

rasgo ($r = 0,34$, $p < 0,01$), PANAS estado ($r = 0,36$, $p < 0,01$) y una correlación menor con las expectativas de logro ($r = 0,23$, $p < 0,01$).

Adicionalmente, las correlaciones más significativas con la variable depresión fueron la ansiedad ($r = 0,72$, $p < 0,01$), el perfeccionismo ($r = 0,33$, $p < 0,01$), la influencia paterna ($r = 0,27$, $p < 0,01$), PANAS rasgo ($r = 0,28$, $p < 0,01$) y una correlación menor con PANAS estado ($r = 0,24$, $p < 0,01$). En estrés, las correlaciones positivas más representativas fueron con la inhibición emocional ($r = 0,37$, $p < 0,01$), la rumiación cognitiva ($r = 0,35$, $p < 0,01$) y el estilo emocional ($r = 0,37$, $p < 0,01$), y negativas con la intolerancia a la incertidumbre que conlleva a inhibición ($r = -0,39$, $p < 0,01$).

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre las variables transdiagnósticas y síntomas de estrés, ansiedad y depresión (N = 333).

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. ME	-																			
2. IP	,65**	-																		
3. EL	,55**	,56**	-																	
4. Or	-,07	,06	,21**	-																
5. EMP	,84**	,84**	,81**	,27**	-															
6. IE	-,49**	-,39**	-,29**	,00	-,46**	-														
7. Ru	-,38**	-,32**	-,23**	-,01	-,37**	,88**	-													
8. CEE	-,49**	-,39**	-,29**	,00	-,46**	1,00**	,88**	-												
9. PANE	,10	,11	,18**	-,03	,14	-,25**	-,24**	-,25**	-											
10. PANr	,10	,08	,14**	-,06	,10	-,27**	-,26**	-,27**	,77**	-										
11. SC	,44**	,32**	,25**	-,12	,37**	-,51**	-,50**	-,51**	,23**	,22**	-									
12. SS	,37**	,29**	,22**	-,08	,32**	-,46**	-,40**	-,46**	,21**	,21**	,62**	-								
13. SF	,28**	,25**	,24**	-,01	,29**	-,39**	-,39**	-,39**	,16**	,17**	,62**	,45**	-							
14. ASI3	,43**	,34**	,28**	-,08	,39**	-,54**	-,51**	-,54**	,23**	,24**	,87**	,82**	,82**	-						
15. Incl	,48**	,29**	,22**	-,12	,36**	-,51**	-,43**	-,51**	,24**	,21**	,62**	,61**	,44**	,66**	-					
16. IncD	,41**	,28**	,27**	-,02	,37**	-,47**	-,43**	-,47**	,20**	,20**	,55**	,53**	,41**	,59**	,82**	-				
17. EII	,47**	,30**	,25**	-,09	,38**	-,51**	-,45**	-,51**	,23**	,22**	,62**	,61**	,45**	,66**	,96**	,93**	-			
18. IEPGE	-,33**	-,23**	-,09	,13	-,23**	,37**	,35**	,37**	-,19**	-,23**	-,36**	-,31**	-,21**	-,35**	-,41**	-,32**	-,39**	-		
19. BAI	,37**	,30**	,23**	-,02	,34**	-,55**	-,52**	-,55**	,34**	,36**	,54**	,45**	,42**	,55**	,49**	,47**	,50**	-,50**	-	
20. BDIII	,43**	,27**	,18**	-,12	,33**	-,53**	-,47**	-,53**	,24**	,28**	,50**	,42**	,30**	,48**	,55**	,47**	,54**	-,59**	,72**	-

Nota: ME(Miedo a los Errores); IP(Influencias Paternas); EL(Expectativas de logro); Or(Organización); EMP(Escala Multidimensional de perfeccionismo); IE(Inhibición Emocional); Ru(Rumiación); CEE(Cuestionario de Estilo Emocional); PANE(Escala de Afecto Positivo Negativo Estado); PANr(Escala de Afecto Positivo Negativo Rasgo); SC(Sensitividad Social); SS(Sensitividad Física); ASI3(Anxiety Sensitivity Index); Incl(Incertidumbre con respuesta Inhibición); IncD(Incertidumbre con respuesta Desconcierto); EII(Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre); IEPGE(Cuestionario de Percepción Global de Estrés); BAI(Inventario de Ansiedad de Beck); BDIII(Inventario de Depresión de Beck segunda edición).

(*) Coeficientes de correlación significativos al nivel $p < .05$

(**) Coeficientes de correlación significativos al nivel $p < .01$

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, en la tabla 3, se detalla el análisis de regresión múltiple. Para el estrés se obtuvo un R^2 de 0,20 el cual presenta un mejor ajuste de los predictores intolerancia a la incertidumbre, rumiación y PANAS Rasgo, seguido ansiedad con un R^2 de 0,43 y su predictor de

mejor ajuste sensibilidad ansiosa, rumiación cognitiva, PANAS rasgo y la intolerancia a la incertidumbre; por último, para depresión el predictor que mejor ajuste tuvo fue la intolerancia a la incertidumbre, la rumiación cognitiva, y el PANAS rasgo.

Tabla 3. Resumen de los análisis de regresión múltiples por pasos sucesivos para estrés, ansiedad y depresión (N = 333).

Variables	Estrés			Ansiedad			Depresión		
Modelo	R^2	Δ^2	β	R^2	Δ^2	β	R^2	Δ^2	β
1	0,12	0,12**	0,35**	0,30	0,31**	0,55**	0,29	0,29**	0,54**
2	0,16	0,04**	0,24** 0,23**	0,38	0,07**	0,39** -0,31**	0,35	0,06**	0,41** -0,28**
3	0,17	0,01*	0,21** -0,21** -0,13*	0,41	0,03**	0,36** -0,28** 0,20**	0,37	0,01**	0,39** -0,26** 0,12**
4	-	-	-	0,43	0,01**	0,26** -0,25** 0,19** 0,17**	-	-	-

Nota: Modelo 3 para estrés (II, RC, APNr), Modelo 4 para Ansiedad (SA, RC, APNr, II), Modelo 3 para Depresión (II, RC y APNr).

(*) Coeficientes de correlación significativos al nivel $p < 0,05$

(**) Coeficientes de correlación significativos al nivel $p < 0,01$

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue establecer la relación entre las variables perfeccionismo, rumiación cognitiva, afecto positivo-negativo, sensibilidad ansiosa, e intolerancia a la incertidumbre, con las problemáticas asociadas a ansiedad, estrés y depresión. Los resultados encontrados permiten afirmar que el objetivo se cumplió parcialmente dadas las correlaciones estadísticamente significativas obtenidas entre los síntomas de ansiedad con sensibilidad ansiosa, rumiación cognitiva, afecto positivo-negativo e intolerancia a la incertidumbre;

asimismo en depresión y estrés excepto la sensibilidad ansiosa, tal como fue previsto hipotéticamente según las investigaciones previas consultadas sobre la capacidad predictiva de las variables transdiagnósticas para las problemáticas emocionales y afectivas^{5,8,13,16,21}.

Al respecto, se resalta la relevancia de variables como la intolerancia a la incertidumbre en este estudio, la cual se constituyó como una variable de alta vulnerabilidad por la excesiva e incontrolable preocupación tiene una correlación altamente significativa con ansiedad, depresión y estrés¹⁷. Igualmente, la rumiación cognitiva

que presentó una favorable capacidad predictiva para estas problemáticas. Se puede afirmar que al incrementar la intolerancia a la incertidumbre y la rumiación cognitiva se incrementaría la intensidad sintomática comórbida y por lo tanto la vulnerabilidad^{34,35}. También el perfeccionismo como variable transdiagnóstica obtuvo evidencia en este estudio según las correlaciones significativas obtenidas, lo que indica su papel subyacente en estas patologías³⁶.

Estas variables transdiagnósticas tendrían en conjunto la capacidad predictiva para explicar la aparición de trastornos de ansiedad generalizada y depresión mayor ($R^2 = 0,30$ y $0,29$ respectivamente), tal como se ha sugerido en estudios previos^{16,37,38}.

A su vez, la sensibilidad ansiosa obtuvo correlaciones significativas con ansiedad y depresión ($r = 0,55$ y $r = 0,48$, $p < 0,01$); lo que indica una elevada capacidad predictiva para la primera ($R^2 = 0,30$) y, dada la correlación entre estas dos problemáticas, se asume que esta variable afectaría inicialmente la aparición de síntomas ansiosos y posteriores depresivos, aspecto que explica la elevada correlación obtenida entre las dos variables sintomáticas ($r = 0,72$). Estos hallazgos aportan evidencia al modelo transdiagnóstico de la sensibilidad ansiosa como una variable transdiagnóstica de interés terapéutico y usada para predecir la aparición posterior incluso del riesgo suicida³⁹. Similares resultados para trastornos mixtos ansiosos-depresivos y deterioro en la salud han sido reconocidos para el afecto positivo-negativo⁴⁰.

El afecto positivo-negativo se puede presentar en la población colombiana altamente asociado a la aparición de síntomas emocionales y afectivos, lo que permite aseverar que esta variable tiene favorable capacidad predictiva y utilidad transdiagnóstica. Estos datos coinciden con reportes

latinoamericanos sobre el afecto positivo-negativo en trastornos mixtos⁴¹; resultados que apoyan el modelo jerárquico del afecto positivo-negativo que distingue una distribución jerárquica de las emociones básicas como la alegría, tristeza, ira y miedo. Así, ante elevados niveles de afecto negativo como dimensión estructuralmente superior, se podrían explicar en primer lugar la aparición de trastornos de ansiedad comórbidos con la depresión; sin embargo es necesario realizar estudios factoriales específicos con esta población^{42,43}.

El presente estudio presentó algunas limitaciones que se exponen a continuación. En primer lugar la muestra conformada no contó con una entrevista diagnóstica clínica para corroborar el criterio de inclusión sin depender únicamente del punto de corte de los instrumentos; se sugiere llevarla a cabo en futuros estudios para corroborar los hallazgos presentados.

Por otra parte, es importante resaltar que se requiere revisar la medida psicométrica de estrés tanto a nivel conceptual como operacional; tal vez esto facilite comprender la baja capacidad predictiva así como las correlaciones negativas obtenidas con las variables transdiagnósticas ($R^2 = 0,17$) en este estudio. A su vez, con respecto a los instrumentos utilizados, con el fin de incrementar la precisión de las medidas usadas, se recomienda usar instrumentos adaptados a Colombia ya que en el estudio se usaron versiones de adaptaciones españolas y chilenas; aspecto que puede incrementar la varianza ajena no controlada, distorsionando las conclusiones obtenidas.

Finalmente, se concluye que las variables transdiagnósticas analizadas en el presente estudio presentan una correlación relevante con las problemáticas de ansiedad y depresión, aunque en menor medida para estrés. Se deja en evidencia

la viabilidad del modelo transdiagnóstico en el área clínica, constituyéndose como un estudio replicable con evidencia empírica para futuras investigaciones; lo que significa un aporte para el desarrollo de mejoras en los procedimientos clínicos psicoterapéuticos tanto en la evaluación como protocolos de intervención para estas problemáticas de actual interés nacional e internacional.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores de la presente investigación no reportan conflictos de interés a declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandín B, Chorot P, Valiente R. Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. RPPC. 2012; 17(3):185-203. Disponible en http://www.aepcp.net/arc/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf
2. Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, Yung AR, McGuire PK. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: Impact on psychopathology and transition to psychosis. Schizophr Bull. 2014; 40(1):120-31. doi:10.1093/schbul/sbs136
3. Borsboom D, Epskamp S, Kievit RA, Cramer AO, Schmittmann VD. Transdiagnostic Networks: Commentary on Nolen-Hoeksema and Watkins (2011). Perspect Psychol Sci. 2011; XX(X):1-5. doi:10.1177/1745691611425012
4. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. J Abnorm Psychol. 1994; 103(1):113-116. doi:10.1037/a0034733
5. Belloch A. Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. RPPC. 2012; 17(3):295-311. Disponible en http://www.aepcp.net/arc/08_2012_n3_belloch.pdf
6. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. J Abnorm Psychol. 1994; 103(1):103-116. doi:10.1037/0021-843X.103.1.103
7. Payne TW, Schnapp MA. The relationship between negative affect and reported cognitive failures. Depress Res Treat. 2014; 2014(396195):1-14. doi:10.1155/2014/396195
8. Stoeber J, Schneider N, Hussain R, Matthews K. Perfectionism and negative affect after repeated failure. Anxiety, Depression, and Anger. J. Ind. Diff. 2014; 35(2):87-94. doi:10.1027/1614-0001/a000130
9. Sescosse M, Padrós F, García T, Laca F. Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. Uaricha. 2014; 11(25):35-54. Disponible en http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1125_035-054.pdf
10. De la Rubia JM. La escala de afecto positivo y negativo (P A N A S) en parejas casadas mexicanas. Ciencia Ergo Sum. 2011; 18(2):117-25. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/104/10418753002.pdf>
11. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. The transdiagnostic process of perfectionism. RPPC. 2012; 17(3):279-94. Recuperado de http://www.aepcp.net/arc/07_2012_n3_egan_wade_shafran.pdf
12. Hewitt PL, Flett GL. Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. J Abnorm Psychol. 1993; 102(1):58-65. doi:10.1037/0021-843X.102.1.58

13. Hamamura T, Laird PG. The effect of perfectionism and acculturative stress on levels of depression experienced by East Asian international students. *J Multicult Couns Devel.* 2014; 42(4):205-17. doi:10.1002/j.2161-1912.2014.00055.x
14. Klibert J, Lamis DA, Collins W, Smalley KB, Warren JC, Yancey CT, *et al.* Resilience mediates the relations between perfectionism and college student distress. *J Couns Dev.* 2014; 92(1):75-82. doi:10.1002/j.1556-6676.2014.00132.x
15. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008; 3(5):400-24. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
16. Mahoney AE, McEvoy P. A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cogn Behav Ther.* 2012; 41(3):212-22. doi:10.1080/16506073.2011.622130
17. Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2012; 26(3):468-79. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.011
18. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, *et al.* Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychol Assess.* 2007; 19(2):176-88. doi:10.1037/1040-3590.19.2.176
19. Kemper CJ, Lutz J, Bähr T, Rüddel H, Hock M. Construct validity of the Anxiety Sensitivity Index-3 in clinical samples. *Assessment.* 2012; 19(1):89-100. doi:10.1177/1073191111429389
20. Raines AM, Capron DM, Bontempo AC, Dane BF, Schmidt NB. Obsessive Compulsive symptom dimensions and suicide: The moderating role of anxiety sensitivity cognitive concerns. *Cognit Ther Res.* 2014; 38(6):660-9. doi:10.1007/s10608-014-9622-z
21. Fairholme CP, Carl JR, Farchione TJ, Schonwetter SW. Transdiagnostic processes in emotional disorders and insomnia: Results from a sample of adult outpatients with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther.* 2012; 50(7-8):522-8. doi:10.1016/j.brat.2012.03.011
22. Patel T, Mansell W, Veale D. The cognitive behavioural processes questionnaire: A preliminary analysis within student, mixed clinical and community samples and the identification of a core transdiagnostic process. *Cognit Ther Res.* 2015; 39(2):193-203. doi:10.1007/s10608-014-9641-9
23. Reyes MA. Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana.* 2013; 21(2):7-18. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525002>
24. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *An. psicol.* 2013; 29(3):1038-59. doi:10.6018/analesps.29.3.178511
25. Carrasco A, Belloch A, Perpiñá C. La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Anál. Modif. Conduct.* 2010; 36(153):49-65. Disponible en www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/download/1225/1717
26. Guarino L. Adaptación y validación de la versión hispana del cuestionario de estilo emocional. *UNIV PSYCHOL.* 2011; 10(1):197-209. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64719284017>

27. Robles R, Páez F. Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*. 2003; 26(1):69-75. Disponible en www.redalyc.org/pdf/582/58212608.pdf
28. González M, Cubas R, Rovella AT, Herrera MD. Adaptación española de la escala de intolerancia hacia la incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*. 2006; 16(2):219-233. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116211.pdf>
29. Sandin B, Valiente RM, Chorot P, Santed MA. ASI-3: nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *RPPC*. 2007; 12(2):91-104. Disponible en [http://aepcp.net/arc/02_2007\(2\)_Sandin_et_al.pdf](http://aepcp.net/arc/02_2007(2)_Sandin_et_al.pdf)
30. Tapia V, Cruz C, Gallardo I, Dasso M. Adaptación de la escala de percepción global de estrés (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment*. 2007; 1(2):109-119. Disponible en http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS_14_Spanish_SouthAmerica_Chile_article.pdf
31. Sanz J, García-Vera M, Fortun M. El “Inventario de Ansiedad de Beck” (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *BEHAV PSYCHOL*. 2012; 20(3):563-583. Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/en/ibc-113382>
32. Brenlla M, Rodríguez C. Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2006.
33. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993 [cited 2017 marzo 1]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
34. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther*. 2011; 49(3):186-193. doi:10.1016/j.brat.2010.12.006
35. Ruscio AM, Gentes EL, Jones JD, Hallion LS, Coleman ES, Swendsen J. Rumination predicts heightened responding to stressful life events in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *J. Abnorm. Psychol*. 2015; 124(1):17-26. doi:10.1037/abn0000025
36. Affrunti NW, Woodruff-Borden J. Perfectionism in pediatric anxiety and depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2014; 17(3):299-317. doi:10.1007/s10567-014-0164-4
37. Michl LC, McLaughlin KA, Shepherd K, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *J Abnorm Psychol*. 2013; 122(2):339-52. doi:10.1037/a0031994
38. Wilkinson PO, Croudace TJ, Goodyer IM. Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*. 2013; 13(250). doi:10.1186/1471-244X-13-250
39. Capron DW, Allan NP, Lalongo NS, Leen-Feldner E, Schmidt NB. The depression distress amplification model in adolescents: A longitudinal examination of anxiety sensitivity cognitive concerns, depression and suicidal ideation. *J Adolesc*. 2015; 41:17-24. doi:10.1016/j.adolescence.2015.02.001

40. Ambrona T, López-Pérez B. A longitudinal analysis of the relationship between positive and negative affect and health. *PSYCH*. 2014; 5:859-863. doi:10.4236/psych.2014.58097
41. Martín M, Riquelme A, Pérez R. Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. *Psicología desde el Caribe*. 2015; 32(3):410-23. doi:10.14482/psdc.32.3.6668
42. Carvalho HW, De Andreoli SB, Lara DR, Christopher J, Quintana MI, Bressan RA, *et al.* The joint structure of major depression, anxiety disorders, and trait negative affect. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(4):285-92. doi:10.1590/1516-4446-2013-1329
43. Watson D, Clark AL, Stasik SM. Emotions and the Emotional Disorders: A quantitative hierarchical perspective. *Int J Clin Health Psychol*. 2011; 11(3):429-42. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33719289001>
44. Carvalho HW, De Andreoli SB, Lara DR, Christopher J, Quintana MI, Bressan RA, *et*